SYNDROME DIATHESE HEMORRAGIQUE DES VEAUX
Questionnaire d'investigation

Mode d'emploi

- questionnaire à remplir pour chaque veau malade
- quand les réponses sont les mêmes (exemple alimentation….) pour plusieurs veaux indiquer « idem et le N° de travail du veau» pris en référence
- Envoyer (courrier, fax, mail) le questionnaire et les copies des résultats d'analyses

ENV Toulouse	ENV Nantes
Pathologie du Bétail Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse 23, chemin des Capelles 31076 TOULOUSE Cedex Tel : 05.61.19.38.36 / Fax : 05.61.19.38.34 Mail : patho.betail@envt.fr	Médecine des Animaux d'Elevage Oniris Atlanpôle-La Chantrerie BP 40706, 44307 Nantes cedex 3 Tel : 02 40 68 28 00 / Fax : 02 40 68 76 87 Mail : raphael.guatteo@oniris-nantes.fr ou Nora.cesbron@oniris-nantes.fr

Questionnaire rempli

- par (*nom*) :
- Adresse :
- le (*date*) :

ELEVAGE

Nom, prénom ou raison sociale :

Commune et code postal :
N° élevage :

Téléphone Fax Email

Nombre de vaches mères :

Saisonnalité des vêlages :

L'élevage a-t-il été déclaré foyer de FCO : _ non _ oui date :
Si oui, modalités de détection : _ suspicion(s) clinique(s) _ Autre : préciser :
Sérotype : _ BTV 8 _ BTV 1

LE VEAU MALADE

- **N° du veau** (*10 chiffres et n° de travail*) :
- **Date de naissance** (*jour mois année*) :
- **Sexe** : femelle _ mâle _
- **Conditions de vêlage** (*cocher la bonne proposition*)
  - Veau né seul sans témoin _
  - Veau né sans intervention mais avec observation _
  - Veau né avec assistance humaine _
    - Sans vêleuse _
    - Avec vêleuse _

- Veau né par césarienne _

- **Colostrum**
  - ***Tétée de la mère*** dans les 12 premières heures
    - oui _
    - possible mais pas certain _
    - non _

  - ***Ingestion de colostrum***
    - Uniquement de la mère oui _ non _

      Si oui, en élevage laitier, pendant combien de temps :

    - D'une <u>seule</u> vache autre que sa mère oui _ non _

      Si oui (et si possible de renseigner)
      - N° identification
      - N° de vêlage
      - Vaccinations BVD et FCO (*nom des vaccins et dates*)

      - Maladies pendant la gestation (*symptômes, dates traitements*)

    - Colostrum issu de <u>plusieurs</u> vaches (mélange) oui _ non _
      - date de début de distribution :
      - du colostrum de la mère du veau malade était présent dans le mélange : oui _ non _ ne sait pas _
      - Vaccinations BVD et FCO des vaches (*nom des vaccins et dates*)

  - ***Ingestion d'un colostro-remplaceur*** du commerce oui _ non _
    - Si oui
      - Nom du produit
      - Quantité administrée

  - ***Si élevage laitier***, préciser les modalités de l'alimentation lactée
    - lait reconstitué (poudre de lait) _ ou lait entier de vache _
    - Si lait entier
      - Lait de tank _
      - Lait issu de vaches à cellules _
      - Lait issu de vaches avec des résidus de médicaments _

- **Description de la maladie**

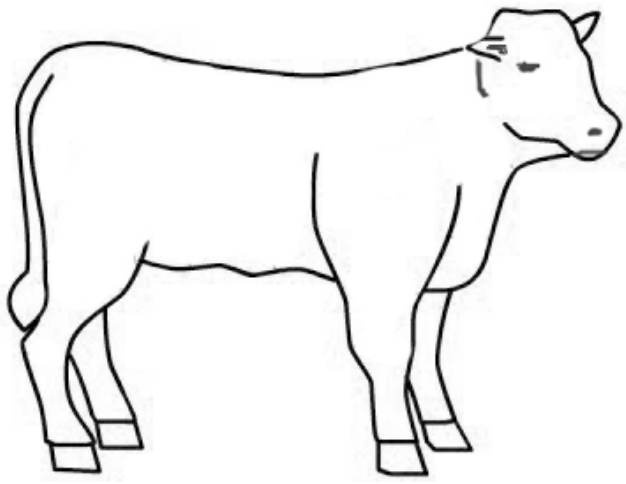
  - ***date de début des symptômes*** ou du premier traitement (*jour mois*) :

  - ***nature des symptômes***

  Parmi les symptômes suivants indiquer ceux qui étaient présents ou absents :

Symptômes	**Présent**	**Absent**	**Ne sait pas**	**Commentaires**
Hyperthermie (>39.5 °C)				
« Sueurs » de sang				
Saignements aux sites d'injection / bouclage				
Hémorragies (pétéchies, suffusions) sur les muqueuses (bouche, yeux, vulve)				
Muqueuses pâles				
Essoufflement				
Sang dans les selles				
Sang dans les urines ou urines noires				

  - Si des saignements cutanés ont-été observés, les localiser sur le schéma ci-dessous



  - **Autres symptômes** (*si possible dans l'ordre chronologique*)

- ***si mort*** :
  - date de mort (*jour mois*)
  - euthanasie _ ou mort naturelle _
  - Autopsie oui _ non _
  - Si autopsie, identifier les lésions macroscopiques majeures :

Lésions	Présent	Absent	Non évalué	Commentaires
Pâleur des muqueuses				
Hémorragies (pétéchies / suffusions) ▪ sous- cutanées et/ou intermusculaires				
▪ sur les muqueuses (bouche, vulve, yeux)				
▪ en surface des viscères : entourer :	rumen, caillette, intestins rate, foie, cœur, poumons			
▪ sur la plèvre pariétale				
Hypertrophie des nœuds lymphatiques mésentériques				
Pneumonie				
Entérite				

PS : des photos des lésions peuvent être envoyées par mail

- **Autres lésions**

- ***Traitements reçus <u>depuis la naissance</u>*** (*préciser <u>tous</u> les traitements et/ou compléments administrés par voie orale et/ou injectable, y compris en réanimation ou administrés de façon systématique ou préventive ; pour chaque traitement indiquer le nom du produit et les dates ou durées de traitement*)

- **Examens complémentaires** (*Examens complémentaires concernant le veau ou tout facteur de risque hypothétique*) (*Préciser la date, le laboratoire, le type d'analyse prescrite, le résultat - résumé <u>ou copie du résultat</u>-*)

MERE DU VEAU MALADE

- **N° d'identification** (*10 chiffres*) :
- **Date de naissance** (*jour mois année*) :
- **Race :**
- **N° de vêlage** :
- **Née sur l'exploitation** _ **Achetée** _
- **A donné naissance lors d'une gestation précédente à un veau atteint d'un syndrome hémorragique** **oui** _ **non** _
- **Devenir des 2 derniers veaux issus de la mère les années précédentes :**

Veau n-1	Veau n-2
Mort avant 1 mois _ cause : Vivant au-delà de 1 mois _	Mort avant 1 mois _ cause : Vivant au-delà de 1 mois _

- **Vaccinations de la mère**
  - FCO

nom du (des) vaccin(s)	**dates** *2010, 2009 et 2008* *(jour mois année, à défaut mois année)*

  - BVD

nom du vaccin *ne pas oublier d'inclure les vaccins « respiratoires » contenant une valence BVD*	**date** - *Essayer de préciser le jour et à défaut le mois des 2 dernières vaccinations ;* - *Pour les vaccinations antérieures indiquer toutes les années de vaccination*

- Diarrhées (*en 2008 ou 2009*)
  - nom du vaccin
  - date

- autre(s) (*en 2008 ou 2009*)
  - nom du vaccin
  - date

- **maladie(s) pendant la gestation du veau malade**

Diagnostic ou symptômes	date	Traitements

- **traitement(s) antiparasitaire(s) (externes ou internes)** (*pendant la gestation ou le début de lactation)*/ **traitements au tarissement**

nom du traitement	**date** *(jour mois année, à défaut mois année)*

- **alimentation pendant la gestation du veau malade** (*par période de l'année et depuis la fécondation, indiquer la nature des fourrages et des compléments concentrés et minéraux*) (*préciser tout ce qui vous parait intéressant sur la qualité des aliments : moisissures, qualité nutritionnelle…)*

- **alimentation depuis la mise –bas du veau malade** (*idem à ci-dessus*)

LE PERE DU VEAU MALADE

- **N° d'identification** (*10 chiffres*)
- **Race**
- **Monte naturelle** _ **IA** _
- **Si monte naturelle**
    - Date de naissance (*jour mois année*)
    - N° de la saison de saillies dans l'élevage
    - Né sur l'exploitation _ ou acheté _
- **Vaccinations**
    - <u>FCO</u>
        - date (2008 et 2009 éventuellement)
        - nom du vaccin
    - <u>BVD</u>
        - date
        - nom du vaccin
    - <u>autre(s)</u>
        - date
        - nom du vaccin